

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ С УЧЁТОМ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Козина Ю. В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Клиника и патогенез псориаза характеризуются хроническим воспалением дермы и аномалиями дифференцировки кератиноцитов [1, 2]. Хронический воспалительный процесс сопровождается инфильтрацией верхних слоёв дермы преимущественно Т-лимфоцитами и макрофагами, а эпидермиса – нейтрофилами [1, 3]. При этом активированные иммунокомпетентные клетки выделяют различные вещества-агонисты (провоспалительные цитокины,

хемокины, факторы роста) [4], которые оказывают влияние на механизмы гемостаза [5, 2].

Некоторые авторы [5] у больных распространенным вульгарным псориазом выявляли состояние гипокоагуляции, однако у части пациентов при этом определялись и признаки гиперкоагуляции.

Данные исследования показателей гемостаза у больных распространенным вульгарным псориазом проводились в стадии обострения процесса, но без учёта частоты рецидивов заболевания, определения важных показателей, отражающих состояние системы антикоагулянтной защиты (протеин С) и фибринолиза (спонтанный зуглобулиновый лизис и D-димеры).

Цель исследования. Дать расширенную оценку состояния коагулянтной, антикоагулянтной и фибринолитической систем у больных распространенным вульгарным псориазом в стадии обострения заболевания с учётом частоты его рецидивов

Материалы и методы. Под наблюдением находился 71 больной распространенным вульгарным псориазом в активной стадии (54 мужчины, 17 женщин, их средний возраст составил $40,2 \pm 1,6$ года). Длительность псориаза 2-5 лет была выявлена у 9 (12,85%) чел., 5-10 лет – у 20 (28,57%) чел., свыше 10 лет у 42 (60%) больных. Большинство пациентов (77,5%) страдали часторецидивирующим и непрерывнорецидивирующим псориазом, т.е. неисчезающими кожными высыпаниями.

Клинические проявления псориаза объективизировали полуколичественным методом PASI. Учитывали частоту рецидивов в год, давность заболевания, перенесенные и сопутствующие заболевания. Средний PASI у пациентов составил $21,8 \pm 0,8$ баллов, что указывает на тяжелую степень поражения кожного покрова у пациентов.

Кожные проявления у больных соответствовали прогрессирующей (82%) и прогрессирующе-стационарной (18%) стадиям. Клинических признаков поражения суставов у больных не отмечалось. Анамнестические данные: патологию со стороны ЖКТ отметили 24 (34,3%) больных, заболевания верхних дыхательных путей – 27 (38,6%) чел., артериальную гипертензию I, II типа – 19 (27,4%) больных.

В зависимости от частоты рецидивов псориаза были сформированы три группы больных: I группа с умереннорецидивирующим течением (УРТ) – обострение заболевания через 1-2 года и более; II группа с часторецидивирующим течением (ЧРТ) – относительная ремиссия сохраняется 1-3 месяца после лечения; III группа с непрерывнорецидивирующим течением (НРТ) – частичный лечебный эффект, возобновление симптомов заболевания в течение месяца после выписки из стационара

Контрольную группу составили 24 здоровых донора в возрасте $37 \pm 2,6$ лет. Для определения состояния коагулянтной, антикоагулянтной и фибринолитической систем у больных псориазом в плазме крови были исследованы: активированное частично тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПТВ), тромбиновое время (ТВ), фибриноген (Ф), антитромбин III (АТ III), протеин С, спонтанный зуглобулиновый лизис (СЭЛ), растворимые фибринмономерные комплексы (РФМК), D-димеры.

Исследования проводились с помощью четырехканального коагулометра фирмы «Solar» (РБ) с использованием реактивов фирмы «Согтау» (Польша).

ТехМедПласт (г. Барнаул).

Результаты и обсуждение. Представленные ниже в таблице данные свидетельствуют о вариабильности изменений коагулянтной, антикоагулянтной и фибринолитической систем у больных распространенным вульгарным псориазом в стадии обострения с различной частотой рецидивов заболевания

Однако, анализ полученных данных позволил выявить во всех трех группах больных однотипные изменения: увеличение в плазме крови уровней фибриногена и РФМК, замедление СЭЛ, что свидетельствует как о наличии системного воспалительного процесса у больных псориазом независимо от частоты его обострений, так и о снижении активности плазминовой системы (фибринолиза).

Таблица - Показатели плазменного гемостаза у больных распространенным вульгарным псориазом в активной стадии с разной частотой рецидивов*

Исследованные показатели	Контрольная группа n=24	I группа УРТ, n=16	II группа ЧРТ, n=37	III группа НРТ, n=18
АЧТВ (сек)	32,2 ± 0,6	30,2 ± 1,8	27,9 ± 0,9*	29,3 ± 1,8
ПТВ (сек)	12,9 ± 0,04	12,9 ± 0,2	13,1 ± 0,16	13,2 ± 0,3
ТВ (сек)	20,4 ± 0,1	24,5 ± 1,5*	22,9 ± 1,12	22,1 ± 1,7
Фибриноген (г/л)	2,6 ± 0,09	3,6 ± 0,2*	3,5 ± 0,12*	3,3 ± 0,3*
АТ III (%)	111,3 ± 2,5	125,5 ± 18,4	157,6 ± 16,16	134 ± 20,3
Протенин С (%)	113,7 ± 2,5	83,3 ± 5,36*	81,01 ± 5,8*	106,2 ± 12,9
СЭЛ (мин)	194,7 ± 12,5	357,3 ± 25,1*	340,2 ± 17,2*	259,4 ± 33,7*
РФМК (г/л × 10 ⁻³)	2,32 ± 0,05	11,9 ± 2,6*	7,7 ± 1,5*	9,8 ± 2,7*
Д-димеры (нг)	197,7 ± 8,4	149,8 ± 26,0*	162,2 ± 17,1*	174,8 ± 22,6

Примечание* - достоверность отличий (p < 0.05) показателей больных псориазом и контрольной группы (доноры).

УРТ-умереннорецидивирующее течение; ЧРТ-часторецидивирующее течение; НРТ-непрерывнорецидивирующее течение

Уменьшение содержания протеина С отмечалось только у пациентов с УРТ и ЧРТ, тогда как его содержание у пациентов с НРТ не отличалось от контроля. Учитывая важность роли активированного протеина С в регуляции функционирования системы гемостаза и регуляции воспаления можно предполагать, что у пациентов с УРТ и ЧРТ повышается активность теназы внутреннего пути и активность протромбиназы

Кроме того, у пациентов этих групп будет в меньшей мере проявляться противовоспалительное и антиапоптотическое действие активированного протеина С. В этих группах пациентов обнаружено также сниженное образование Д-димеров, что указывает на неполный лизис фибрина и тромбофилическое состояние

О существенных различиях состояния системы гемостаза у пациентов с различным клиническим течением вульгарного псориаза свидетельствует также тот факт, что удлинение тромбинового времени отмечалось только у больных с УРТ, а укорочение АЧТВ наблюдалось только у пациентов с ЧРТ.

Наименьшие изменения показателей, отражающих состояние системы гемостаза и фибринолиза, обнаруживались у пациентов с непрерывнорецидивирующим течением псориаза. У этих больных отмечалось только увеличение в плазме крови содержания фибриногена, РФМК и замедление СЭЛ.

Выводы.

1. Состояние систем гемостаза и фибринолиза существенно отличается при различных формах клинического течения (частоты рецидивов) распространенного вульгарного псориаза.

2. Наименьшие изменения обнаруживаются у пациентов с непрерывнорецидивирующим, наиболее тяжелым течением заболевания. Можно полагать, что при таком клиническом течении псориаза достигается новый уровень баланса («steady state») между системами гемостаза, антигемостаза и фибринолиза.

Литература:

1. Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И. Псориаз (патогенез, клиника, лечение)// Кишинев ШТИИИЦА. - 1991. - С.86-128.
2. Nickoloff, B.J., Nestle, F.O. 2004 Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities // The Journal of Clinical Investigation / - Vol 113. №12 – P.1664-1675.
3. Вавилов А.М., Самсонов В.А., Димант Л.Е., Завалишина Л.Е. Иммуноморфологические исследования Т-лимфоцитов в коже больных псориазом // Вестн. дерматол. - 2000. - №4. - С.4-5
4. Шилов В.Н. Псориаз - решение проблемы (этиология, патогенез, лечение)// М. Издатель В.Н. Шилов. 2001 - 304с.
5. Абрамкина М.М. Варианты коррекции гемореологических и гемостатических нарушений у больных торпидно протекающим псориазом //Совещание Проблемного научного кожно-венерологического центра Минздрава РСФСР: Тезисы совещания – Уфа, 1989. – С.66-67